

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

СОСТОЯНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ ПРИ ПОВТОРНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРОТОКОЛА ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

А.В. НАКОНЕЧНАЯ

Институт репродуктивной перинатальной психологии психосоматики

Реферат

Проблема бесплодия становится актуальной проблемой в современном обществе. В статье рассматриваются социально-психологические модели, которые могут выступать в качестве психогенных факторов, влияющих на бесплодие. В статье представлены первые исследования уровня тревожности женщин, повторно вступающих в протокол экстракорпорального оплодотворения. В исследовании приняли участие 96 женщин с бесплодием, в анамнезе которых неоднократные безуспешные попытки забеременеть. Исследование показало, что эмоциональное состояние женщин с бесплодием, которые повторно вступают в протокол экстракорпорального оплодотворения, ухудшается, уровень тревоги повышается и требует психотерапии. Когнитивно-поведенческая терапия, разработанная нами, показала, что уровень тревожности женщин, повторно вступивших в протокол экстракорпорального оплодотворения, с учетом влияния численных факторов, связанных с повторением протокола, снижается, а терапия, проведенная нами, является необходимой и эффективной.

Ключевые слова: бесплодие, женщины, психотерапия, экстракорпоральное оплодотворение.

THE STATE OF EMOTIONAL SPHERE IN WOMEN WITH INFERTILITY AT REPEATED USE OF IN VITRO FERTILIZATION PROTOCOL

A.V. NAKONECHNAYA

Institute of Reproductive Perinatal Psychology of Psychosomatics

Abstract

The problem of infertility is becoming an urgent problem in modern society. The article discusses socio-psychological models that can act as psychogenic factors that affect infertility. The article presents the first studies of the level of anxiety in women re-entering in vitro fertilization protocol. The study involved 96 infertile women with a history of repeated unsuccessful attempts to conceive. The study showed that the emotional state of women with infertility who re-enter in vitro fertilization protocol worsens, the level of anxiety increases and requires psychotherapy. Cognitive-behavioral therapy that we've developed showed that the level of anxiety in women who re-entered in vitro fertilization protocol, taking into account the influence of numerical factors associated with the repetition of the protocol decreases, and the therapy that we've conducted is necessary and effective.

Key words: infertility, women, psychotherapy, in vitro fertilization.

Частота бесплодных браков колеблется в широких границах и не имеет тенденции к снижению во всех странах мира. По данным отечественных и зарубежных ученых, частоту бесплодия, которая

составляет от 10-15% до 18-20%, можно рассматривать как прямые репродуктивные потери. То есть каждый пятый из 15 миллионов пар в Украине не может забеременеть естественным путем, а эффек-

тивность лечения этой патологии явно недостаточна. Установлено, что частота женского бесплодия составляет 60%, мужского 40%.

Длительное лечение бесплодия сопровождается рядом психоэмоциональных реакций от невротических до тяжелых депрессивных расстройств. Партнерские отношения и семейные отношения нарушаются, что приводит к личностным и семейным кризисам. Таким образом, бесплодие приобретает не только медицинское, психологическое, но и социальное значение.

По определению ВОЗ, брак считается бесплодным, если беременность не наступает в течение одного года активной половой жизни без использования контрацепции. Следует отметить, что бесплодный брак может быть обусловлен как мужским, так и женским факторами. Среди многообразия форм женского бесплодия особую группу представляют пациенты с так называемым бесплодием «неясной этиологии». Согласно данным, представленным в различных источниках, число женщин с таким диагнозом колеблется от 4 до 40% от общего числа бесплодия. Диагноз «неустановленное» («психогенное», «идиопатическое») бесплодие ставится в том случае, если пациентка и ее постоянный партнер прошли полное медицинское обследование для выявления биологических причин нарушений репродуктивной функции, и результаты этого обследования говорят о биологической фертильности пары.

Невозможность иметь ребенка является одной из самых тяжелых хронических психологически травмирующих, эмоционально сложных ситуаций в семье. Такое явление, как материнство следует рассматривать не только как физиологическую составляющую, но и с психологической и социальной сторон. Материнство – это уникальная ситуация для развития личности женщины, необходимая для ее самореализации, обеспечивающая выполнение наиболее важных социальных функций и формирование идентичности женщины в целом. Ценности, выученные в течение жизни, и конкретные ролевые установки вызывают психологически травмирующее восприятие бесплодия женщиной, переживание фрустрации, ее особое отношение к миру и своей личности.

В настоящее время одним из эффективных методов решения проблемы бесплодия считается использование вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), в частности, метода ЭКО, но эффективность этой методики едва приближается к 28%.

Переживание бесплодия само по себе вызывает сложное психологическое состояние, а использование ВРТ сопровождается дополнительными специфическими переживаниями, связанными с процессом лечения. По данным государственной статистической отчетности Украины, в 2017 году в Украине было зарегистрировано 38168 случаев женского бесплодия (77,72% среди всех случаев женского и мужского бесплодия) и 10 945 случаев мужского бесплодия (22,23% соответственно). С 2018 года мониторинг распространённости женского и мужского бесплодия не проводился в связи с отменой отчетной формы (приказ МОЗ Украины от 04. 11. 2018 №1802).

Проблема бесплодия, в том числе психогенного, становится все более актуальной в современном обществе. Предлагаем рассмотреть социальные и психологические паттерны, которые могут выступать в качестве психогенных факторов, влияющих на бесплодие. Исследование показало, что женщины, страдающие бесплодием, имеют личностные и психологические особенности в межличностных семейных отношениях, которые могут выступать в качестве возможных патогенетических факторов, которые следует учитывать при профилактических мерах и комплексном лечении бесплодия.

Психологические аспекты расстройств репродуктивного здоровья имеют свою специфику, которая значительно отличается от соотношений психической и соматической систем человека, которые сформулированы в общей психосоматике и общей психологии.

Исследуя и изучая психологические характеристики женщин с бесплодием, нам удалось определить, что эти женщины имеют не только повышенный уровень тревожности, но и имеют нарушения полоролевой идентификации, характеризуются эмоциональной незрелостью, имеют нарушения материнской сферы, что демонстрирует различные формы психологической неготовности к материнству. Также у 90% пациенток нарушение мотивационной готовности к материнству, что является наиболее важным компонентом психологической готовности к материнству и обеспечивает формирование доминанты материнства, установление диадических отношений с последующей сепарацией в диаде «мама-ребенок».

Под доминантой материнства мы подразумеваем объединение родовой доминанты, лактационной доминанты и все еще недостаточно изученной на психофизиологическом уровне доминанты, которая обеспечивает связь матери и ребенка после

окончания лактации. Психологическая составляющая последней обозначается как внутреннее родительское положение, что означает расположенность матери к ребенку и ее сосредоточивание на заботе о нем и его воспитании. Изучение и систематизация этих «субдоминант» в настоящее время находится в стадии становления, однако развитие этого направления крайне перспективно для понимания современных проблем, возникающих при реализации репродуктивной функции (использование репродуктивных технологий, использование донорских яйцеклеток, суррогатного материнства, усыновления и т.д.).

В исследованиях, проведенных в этой области, показано, что психологическим фактором, который вызывает и усиливает расстройства репродуктивного здоровья, является конфликт в материнской сфере женщины, выраженный в желании стать матерью и неготовности принять материнскую роль. Такая неготовность связана с личностными характеристиками, негативным опытом взаимодействия с собственной матерью, психологическими моментами раннего развития личности самой пациентки и полоролевой идентификации, семейной историей и рядом других психологических причин. В результате этого внутреннего конфликта возникает ситуация острого напряжения, которую женщина не может решить самостоятельно, что приводит к появлению соматизаций, которые проявляются в нарушении репродуктивной функции. На физиологическом уровне длительное ощущение стресса накладывает отпечаток на деятельность всех органов и систем, включая изменения в яичниках, фаллопиевых трубах и шейке матки, ослабевает иммунитет. Постоянный стресс влияет на высшие центры мозга, что вызывает гормональные сдвиги, которые могут снизить вероятность зачатия.

Сегодня мы представляем новое научное течение в Украине – «репродуктивная психология, репродуктивная психосоматика». Это молодое направление для Украины, это запрос от современной науки – определить роль психологического компонента в этиологии расстройств репродуктивной функции у женщин и мужчин, а также разработать диагностические методы, методы практической работы психолога в этой области. Взаимосвязь между соматикой и психикой объединяется в психосоматический подход, психики и физиологии нервной системы - в психофизиологический подход, психики и телесности - в психологию тела. К сожалению, до сих пор нет подходов,

с помощью которых можно было бы рассмотреть возможность объединения всех механизмов реализации одной из основных жизненных программ, требующих сочетания всех психических механизмов (когнитивных, эмоциональных, мотивационных, ценностно-смысловых), физиологических (которые включают физиологические компоненты, нейрогуморальные, соматические) и поведения (уровень тела). Именно такая и есть одна из задач жизнедеятельности - репродуктивная функция. Родить ребенка и воспитать его – это не только зачать и выносить, но и способность подстроить свою жизнь для взращивания и воспитания ребенка. Таким образом, уточняя идеи П.К. Анохина, А.А. Ухтомского, В.С. Мерлина для анализа репродуктивной функции, можно сделать вывод, что все системы субъекта иерархически организованы для реализации определенной функции жизнедеятельности, которая в настоящее время является ведущей. В данном случае это репродуктивная функция, в реализации которой задействованы все этапы человеческой психики как единой системы.

Для характеристики потребностей репродуктивной сферы предлагаем использовать классификацию потребностей, введенную И.П. Павловым. Он делит все потребности на две основные группы: индивидуальные (направленные на сохранение индивида) и видовые (направленные на сохранение вида). Из этого следует, что потребность в размножении является видовой потребностью, и это потребность витальная (жизненно необходимая) для вида, а не для человека. Индивидуальная потребность в размножении возможна у человека на основе осознанности. Поскольку рождение детей является социально обусловленной задачей, противоречие между необходимостью выполнения этой задачи и неготовностью к этому обычно не осознается и проявляется в виде различных защитных механизмов, в том числе соматических. Получается, что для выполнения репродуктивной функции необходимо выполнение двух независимых друг от друга на мотивационном и поведенческом уровне видов деятельности: родительской и половой (сексуальной).

Сексуальное поведение реализуется в удовлетворении сексуальной потребности, которая на субъективном уровне переживается как индивидуальная и имеет врожденный механизм данной потребности в сексуальном удовлетворении, а родительское поведение реализует видовую потребность практически не имеет врожденных, механизмов этой потребности и почти полностью

формируется в процессе взросления, то есть в течение жизни. Это подтверждается многочисленными отклонениями и нарушениями родительского поведения от полного отсутствия материнской компетентности до искажения материнских чувств и отчуждения от ребенка.

ЦЕЛЬ

Целью нашего исследования было изучение психоэмоционального состояния женщины с бесплодием при повторном прохождении протокола ЭКО. Оценить эффективность когнитивно-поведенческой терапии и психокоррекции у женщин при первичном и последующем использовании вспомогательных репродуктивных технологий.

В нашем исследовании приняли участие 96 пациенток, которые повторно вступали в протокол ЭКО.

Возраст пациенток составил 32-38 лет (средний возраст пациентов составляет 34,2 и 2,2 года), что соответствует репродуктивному возрасту женщины в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Украины №787 «Об утверждении Порядка использования вспомогательных репродуктивных технологий в Украине» от 09.09.2013 г.

Общественный статус пациенток на период проведения исследования:

- 77 пациенток были в официальном браке (82,1%);
- 10 пациенток были в гражданском браке (7,4%);
- 7 пациенток не в отношениях (5,2%);
- 2 пациентки в однополых отношениях (1,3%).

Временной промежуток от предыдущего протокола ЭКО до последующего протокола составил от 3 до 24 месяцев (средний интервал составил 12,4 и 2,2).

Для изучения психоэмоционального состояния женщин, были использованы следующие методы: шкала депрессии А.Бека; Шкала самооценки ситуативной тревожности (Ch. Spitberger, Y.L. Hanin).

Анализируя результаты по шкале ситуативной тревожности (Ch. Spitberger, Y.L. Hanin), мы получили среднеарифметическое значение показателей тревожности.

Уровень ситуативной тревожности у женщин при первичной диагностике, а именно за неделю до вступления в протокол стимуляции ооцитов:

- У 9,9% пациенток высокий уровень тревожности (49,2 и 0,81 балла);

- У 76,8% пациенток средний уровень тревожности (41,3 и 0,68 балла);
- В 6,4% низкая тревожность (26,4 и 0,63 балла);
- В 1,9% тревога как личностная черта (24,8 и 0,97 балла).

Анализируя результаты по шкале депрессии А. Бека, мы получили среднеарифметическое значение показателей:

- Общий уровень депрессии в 38,9% случаев диагностируется как отсутствующий (4,3 и 0,52 балла) и в 57,1% случаев как умеренный (17,8 - 0,60 балла).

- Методы:
 - арт-терапия (изотерапия, ассоциативные метафорические картинки) использовались в протоколе когнитивно-поведенческой терапии (КПТ);

- вербализация тревожащего опыта, беспокойства в виде повторяемой речи и проговаривания; переключение внимания на другие важные цели и достижения в жизни пациенток;

- обнаружение и корректировка автоматических мыслей, метод катарсиса, метод идентификации с положительным примером, метод записи событий дня, метод трех столбцов: первая колонка - описание ситуации, вторая - неадаптивные мысли, третья - корректирующие мысли и поведение (А. Бек).

Анализируя результаты по шкале ситуативной тревожности (Ch. Stylberger, Y.L. Hanin) после проведения когнитивно-поведенческой терапии, мы получили среднеарифметическое значение показателей тревожности.

Уровень ситуативной тревожности у женщин, получивших когнитивно-поведенческую терапию и психологическое сопровождение с момента вступления в протокол стимуляции яйцеклеток до эмбриотрансфера:

- У 4,3% пациентов высокий уровень тревожности (47,3 и 0,78 балла);
- У 33,6% пациентов средний уровень тревожности (38,6 и 0,62 балла);
- 64,2% пациентов имеют низкую тревожность (25,8 и 0,66 балла);
- У 1,8% пациентов тревога как личная черта (24,2 и 0,86 балла).

Анализируя результаты по шкале депрессии А. Бека, после КПТ мы получили среднеарифметическое значение показателей: общий уровень депрессии в 79,7% случаев диагностируется как отсутствующий (3,8 и 0,48 балла) и в 16,3% случаев умеренный (16,9 - 0,57 балла).

Принимая во внимание актуальность проблемы ухудшения эмоционального состояния женщин с бесплодием, мы пришли к выводу:

1. Эмоциональное состояние женщин с бесплодием, которые повторно вступают в протокол ЭКО ухудшается, уровень тревоги увеличивается и требует психотерапии. В 9,9% пациентов высокий уровень тревожности (49,2 - 0,81 балла); у 76,8% пациентов средний уровень тревожности (41,3 и 0,68 балла); у 6,4% низкая тревожность (26,4 и 0,63 балла); у 1 38,9% тревога как личная черта (26,4 - 0,63 балла). Общая депрессия в 38,9% случаев диагностируется как отсутствующая (5,3 и 0,52 балла) и в 50,6% случаев как умеренная (18,3 - 0,60 балла).

2. Когнитивно-поведенческая терапия, психологическая поддержка и психологическое сопровождение при использовании вспомогательных репродуктивных технологий помогут оказать более объемную помощь пациенту, диагностические и терапевтические меры будут продуктивными с целостным подходом, так как «психическое» и «соматическое» являются неразделимыми понятиями.

3. Когнитивно-поведенческая терапия, разработанная нами, показала, что уровень ситуативной тревожности у женщин, прошедших терапию и психологическую поддержку в течение двух недель с момента вступления в протокол стимуляции яйцеклеток до эмбриотрансфера, был снижен на 49,6%: у 4,3% пациентов высокий уровень тревожности (47,3 - 0,78 балла); у 33,6% пациентов средний уровень тревожности (38,6 и 0,62 балла); у 64,2% пациентов низкий уровень тревожности (25,8 - 0,66 балла); у 1,8% пациентов тревога как личная черта (24,2 - 0,86 балла).

В.С. Мерлин. - М.: Педагогика, 1986. - 448 стр.

5. Приказ Министерства здравоохранения Украины от 9 сентября 2013 года №787 «Об утверждении Инструкции по процедуре использования вспомогательных репродуктивных технологий».
6. Павлов И.П. Полный сборник работ: в 6 т., т.4/И.П. Павлов; под редакцией. Э.Ш. Айрапетянц. - 2-е изд., стр.-М.; Л.: Изд-во Акад. наук СССР, 1951 г. - 452 с.
7. Состояние здоровья женского населения в Украине за 2017 год (аналитический и статистический справочник) / ДЗ «Центр медицинской статистики Министерства здравоохранения Украины».
8. Ухтомский А.А. Доминанта / А.А. Ухтомский. - М.; Л.: Наука, 1966 г. - 273 с.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональных систем / П.К. Анохин. - М.: Наука, 1980. - 197 р.
2. Вспомогательные репродуктивные технологии лечения бесплодия: преподаватели для врачей учережд. последипломн. обр./при. Ф.В. Дахно, В.В. Каминский, А.М. Юзько.
3. Информационно-статистический справочник по вспомогательным репродуктивным технологиям в Украине / р.м. Заболотько. ДЗ «Центр медицинской статистики Министерства здравоохранения Украины». - Киев, 2017 г.
4. Мерлин В. С. Интегральная индивидуальность /